

Возможности комбинированной эндауральной терапии в купировании болевого синдрома при остром среднем отите: клиническая оценка

В.М. Свистушкин, <https://orcid.org/0000-0001-7414-1293>, svistushkin_v_m@staff.sechenov.ru

Г.Н. Никифорова✉, <https://orcid.org/0000-0002-8617-0179>, nikiforova_g_n@staff.sechenov.ru

Х.М. Асеева, <https://orcid.org/0009-0000-2037-7284>, khalimaasevova@mail.ru

А.Н. Шустрова, <https://orcid.org/0000-0001-8850-004X>, james.ann@mail.ru

Э.В. Синьков, <https://orcid.org/0000-0003-4870-5977>, sinkov_e_v@staff.sechenov.ru

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Острый средний отит остается одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний лор-органов у детей и взрослых, которое сопровождается выраженным болевым синдромом, нарушением слуха и снижением качества жизни. Современные подходы акцентируют внимание на рациональной фармакотерапии с применением местных препаратов для быстрого купирования клинических симптомов. Представлены клинические наблюдения пациентов с острым средним отитом на доперфоративной стадии. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза и оториноларингологического осмотра. Пациентам назначалось местное лечение комбинацией феназона и лидокаина. Эффективность терапии оценивалась по динамике болевого синдрома и регрессу воспалительных изменений барабанной перепонки. Особое внимание уделялось переносимости лечения и выявлению возможных нежелательных явлений. Применение лекарственного средства лидокаин + феназон обеспечивало быстрое уменьшение интенсивности болевого синдрома: пациенты отмечали облегчение уже через несколько минут после инстилляций. В течение 4–7 дней терапии наблюдался выраженный регресс воспалительных симптомов. Нежелательные реакции на фоне лечения не выявлены. Комбинация лидокаин + феназон является эффективным и безопасным средством для эндауральной терапии больных острым средним отитом, обеспечивая быстрое купирование боли и снижение выраженности воспалительного процесса.

Ключевые слова: воспаление барабанной перепонки, боль в ухе, феназон, лидокаин, местная терапия

Для цитирования: Свистушкин ВМ, Никифорова ГН, Асеева ХМ, Шустрова АН, Синьков ЭВ. Возможности комбинированной эндауральной терапии в купировании болевого синдрома при остром среднем отите: клиническая оценка. *Медицинский совет*. 2026;20(6):10–14. <https://doi.org/10.21518/ms2026-147>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Possibilities of combined endaural therapy in pain management in acute otitis media: Clinical evaluation

Valeriy M. Svistushkin, <https://orcid.org/0000-0001-7414-1293>, svistushkin_v_m@staff.sechenov.ru

Galina N. Nikiforova✉, <https://orcid.org/0000-0002-8617-0179>, nikiforova_g_n@staff.sechenov.ru

Khalimat M. Asevova, <https://orcid.org/0009-0000-2037-7284>, khalimaasevova@mail.ru

Anna N. Shustrova, <https://orcid.org/0000-0001-8850-004X>, james.ann@mail.ru

Eduard V. Sinkov, <https://orcid.org/0000-0003-4870-5977>, sinkov_e_v@staff.sechenov.ru

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia

Abstract

Acute otitis media remains one of the most common inflammatory diseases of ENT organs in children and adults, which is accompanied by severe pain syndrome, hearing impairment and reduced quality of life. Modern approaches focus on rational pharmacotherapy using topical drugs to quickly relieve clinical symptoms. Clinical observations of patients with acute otitis media at the pre-perforation stage are presented. The diagnosis was based on complaints, medical history and otorhinolaryngological examination. Patients were treated topically with combination of phenazone and lidocaine. The effectiveness of therapy was assessed by the dynamics of pain syndrome and the regression of inflammatory changes in the eardrum. Particular attention was paid to the tolerability of treatment and the identification of possible adverse events. The use of lidocaine and phenazone provided a rapid reduction in the intensity of pain syndrome: patients noted relief within a few minutes after instillation. Within 4–7 days of therapy, a pronounced regression of inflammatory symptoms was observed. No adverse reactions were detected during treatment. Lidocaine and phenazone is an effective and safe tool for endaural therapy of patients with acute otitis media, providing quick relief of pain and reducing the severity of the inflammatory process.

Keywords: tympanic membrane inflammation, ear pain, phenazone, lidocaine, local therapy

For citation: Svistushkin VM, Nikiforova GN, Asevova KhM, Shustrova AN, Sinkov EV. Possibilities of combined endaural therapy in pain management in acute otitis media: Clinical evaluation. *Meditinskiy Sovet*. 2026;20(6):10–14. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-147>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Острый средний отит (ОСО) является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний ЛОР-органов и представляет собой значимую медицинскую и социальную проблему. Несмотря на значительные достижения современной медицины, данная патология продолжает оставаться актуальной проблемой оториноларингологии вследствие высокой распространенности и риска формирования осложнений. ОСО характеризуется развитием острого воспалительного процесса в структурах среднего уха: слуховой трубе, барабанной полости и клетках сосцевидного отростка височной кости [1]. Заболевание сопровождается характерной клинической симптоматикой, включающей боль в ухе, ощущение заложенности, снижение слуха и интоксикационный синдром разной степени выраженности. Острый средний отит может развиваться как самостоятельное заболевание или как осложнение инфекционных процессов верхних отделов дыхательных путей [2–4]. По данным эпидемиологических исследований, ОСО является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью, особенно в детском возрасте [5, 6]. Значительная часть населения переносит хотя бы один эпизод заболевания в течение жизни, что определяет высокую распространенность данной патологии в человеческой популяции¹ [7, 8].

Патогенез ОСО в подавляющем большинстве случаев связан с нарушением вентиляции слуховой трубы, что приводит к развитию отрицательного давления в барабанной полости, накоплению воспалительного экссудата и формированию условий для прогрессирования воспалительного процесса [9, 10]. В формировании заболевания роль играют инфекционные агенты, среди которых наиболее часто выявляются респираторные вирусы и бактериальные патогены *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, их ассоциации и *Moraxella catarrhalis* [2, 4, 11]. Вирусные инфекции верхних дыхательных путей играют важную роль в патогенезе заболевания, поскольку способствуют нарушению функции слуховой трубы и развитию воспалительных изменений слизистой оболочки среднего уха [12–15]. Клиническая картина ОСО определяется стадией воспалительного процесса и может варьировать по выраженности симптомов. Наиболее значимыми проявлениями острого среднего отита является снижение слуха и болевой синдром, которые существенно ухудшают качество жизни пациентов и являются основной причиной обращения за медицинской помощью [16–18].

Концепции лечения больных ОСО основываются на принципах рациональной фармакотерапии и индивидуального подхода к пациенту. В соответствии с клиническими рекомендациями необходимость назначения антибактериальной терапии должна определяться тяжестью клинической симптоматики и риском развития осложнений [5, 19–21]. Многочисленные исследования показали, что острый средний отит часто протекает без осложнений и имеет тенденцию к самостоятельному разрешению [19]. Необоснованное применение системных антибиотиков повышает риск формирования резистентности микроорганизмов и увеличивает вероятность развития нежелательных реакций [20, 21]. Особое значение в терапии больных ОСО имеет купирование болевого синдрома. Согласно актуальным клиническим рекомендациям применение анальгезирующих средств является важным компонентом лечения на ранних стадиях заболевания [1, 2, 22]. Применение лекарственных средств с локальным анальгезирующим и противовоспалительным действием позволяет создавать высокую концентрацию активных веществ непосредственно в очаге воспаления при минимальном системном воздействии и способствует более быстрому купированию клинических симптомов [23, 24].

Особое место в лечении больных ОСО занимает применение комбинированных препаратов, содержащих местный анестетик и противовоспалительный компонент. Комбинация феназона и лидокаина представляет собой эффективный вариант местной терапии. Лидокаин блокирует потенциал-зависимые натриевые каналы нервных волокон, подавляя проведение болевых импульсов. Феназон обладает противовоспалительным действием, снижая синтез медиаторов воспаления и уменьшая выраженность локального отека [25–27]. Клинические исследования подтверждают, что применение данной лекарственной композиции обеспечивает быстрое уменьшение интенсивности болевого синдрома уже в первые минуты после инстилляции препарата [28]. Расширение спектра средств топической терапии больных ОСО представляет важное направление оптимизации лечения данного заболевания, поскольку позволяет уменьшить необходимость назначения системных лекарственных препаратов и потенциально снижает риск формирования антибиотикорезистентности. Одним из таких препаратов является комбинация феназона и лидокаина. Препарат применяется эндоурально и обеспечивает выраженный анальгезирующий и противовоспалительный эффект при лечении пациентов с острым средним отитом [29]. Актуальным является дальнейшее изучение профиля безопасности местных лекарственных средств при их применении у пациентов, особенно с повторными эпизодами воспалительных заболеваний среднего уха [30].

¹ National Institute for Health and Care Excellence. Otitis media (acute): antimicrobial prescribing (NG91). London: NICE; 2018. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng91>.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент, 34 года, обратился к оториноларингологу с жалобами на выраженную пульсирующую боль в правом ухе, чувство заложенности и снижение слуха справа, повышение температуры тела до 38 °С. Боль в ухе усиливалась при глотании и в ночное время, что сопровождалось нарушением сна и общим ухудшением самочувствия. Из анамнеза известно, что жалобы отмечает в течение 12 ч, появились на фоне ОРВИ, сопровождавшейся насморком, заложенностью носа и повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Самостоятельно принимал симптоматические препараты (парацетамол, раствор ксилометазолина – спрей в нос) с положительным эффектом. На пятые сутки заболевания появились вышеуказанные жалобы со стороны правого уха и стала нарастать температура тела. При объективном осмотре общее состояние пациента удовлетворительное, температура тела 37,8 °С, кожные покровы обычной окраски и влажности, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При отоскопии: справа патологического отделяемого в слуховом проходе нет, кожа не изменена, выраженные гиперемия и инфильтрация барабанной перепонки, перфорации не выявлено. При осмотре других лор-органов патологических изменений не выявлено.

На основании жалоб пациента, анамнестических данных и результатов оториноларингологического осмотра установлен диагноз «Острый средний катаральный отит справа». Была назначена терапия: интраназальные деконгестанты (раствор оксиметазолина) 2 раза в сутки, нестероидные противовоспалительные препараты перорально при выраженном болевом синдроме, ушные капли лидокаин + феназон по 4 капли в наружный слуховой проход 3 раза в сутки в течение 5 дней. После первой инстилляций препарата пациент отметил уменьшение интенсивности боли уже через 20–30 мин. При контрольном осмотре через 4 дня отмечалась выраженная положительная динамика, сохранялась только небольшая заложенность правого уха. При отоскопии: справа – барабанная перепонка обычной окраски, с небольшой краевой гиперемией, инфильтрация значительно уменьшилась, анатомические ориентиры прослеживаются. Лечение переносит хорошо. Через 7 дней наблюдалось полное восстановление отоскопической картины и слуха, нежелательных явлений на фоне лечения отмечено не было. Таким образом, применение препарата лидокаин + феназон в составе комплексной терапии ОСО у взрослого пациента было безопасным и способствовало быстрому купированию болевого синдрома и ускорению регресса воспалительных изменений в среднем ухе.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка, 58 лет, обратилась к оториноларингологу с жалобами на интенсивную боль в левом ухе, ощущение распирания в ухе, снижение слуха, повышение температуры тела до 37,6 °С. Со слов пациентки, за 5 дней

до появления симптомов перенесла ОРВИ с болью в глотке, затруднением носового дыхания и слизистыми выделениями из носа и по задней стенке глотки. Заложенность и боль в левом ухе, постепенно нарастающие по интенсивности, появились несколько часов назад на фоне сохраняющегося небольшого затруднения носового дыхания. Из анамнеза также известно, что пациентка ранее перенесла онкологическое заболевание (плоскоклеточный рак ротоглотки), по поводу чего в 2021 г. проведено лечение (хирургическое вмешательство и курс лучевой терапии). На момент обращения пациентка находилась в стойкой ремиссии и проходила регулярное диспансерное наблюдение. При объективном осмотре состояние удовлетворительное, температура тела 37,4 °С. При отоскопии: слева – наружный слуховой проход широкий, кожа обычной окраски, патологического отделяемого нет, барабанная перепонка гиперемирована, утолщена, анатомические ориентиры смазаны, перфорации барабанной перепонки не выявлено. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа незначительно гиперемирована, отечна, слизистое отделяемое в общих носовых ходах. На основании жалоб, анамнеза и клинической картины исследования был выставлен диагноз «Острый средний катаральный отит слева. Острый катаральный риносинусит». Пациентке была назначена комплексная терапия: интраназальный комплексный препарат (деконгестант, ГКС, антимикробные средства), ирригационно-элиминационная терапия полости носа изотоническими растворами, нестероидные противовоспалительные средства при болевом синдроме, ушные капли лидокаин + феназон по 4 капли 3 раза в сутки.

После первой инстилляций препарата пациентка отметила значительное уменьшение болевого синдрома уже в течение первого часа. При контрольном осмотре через 5 дней отмечалась выраженная положительная динамика: болевой синдром отсутствует, субъективное улучшение слуха, температура тела 36,6 °С. При отоскопии: барабанная перепонка обычной окраски, сохраняется небольшая инъеция сосудами, инфильтрация значительно уменьшилась, выбухание не определяется. Через 8 дней лечения наблюдалось отсутствие жалоб и полное клиническое выздоровление.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленные клинические случаи демонстрируют варианты течения острого среднего отита у взрослых пациентов и отражают особенности применения местной терапии в составе комплексного лечения заболевания. Оба пациента предъявляли сходные основные жалобы, характерные для воспалительных заболеваний среднего уха, включая выраженный болевой синдром, который является одним из наиболее значимых и тягостных симптомов ОСО [10–12]. В обоих клинических случаях в составе комплексной терапии использовался препарат лидокаин + феназон, представляющий собой комбинированные ушные капли, содержащие феназон и лидокаин. Применение подобных препаратов в терапии воспалительных

заболеваний среднего уха направлено прежде всего на быстрое купирование болевого синдрома и уменьшение выраженности воспалительной реакции. Комбинация феназона и лидокаина обеспечивает как противовоспалительный, так и выраженный анальгезирующий эффект, что особенно важно в ранние сроки заболевания, когда интенсивность болевого синдрома достигает максимальной выраженности. По данным клинических исследований, применение местных комбинированных препаратов позволяет значительно уменьшить интенсивность боли уже в первые часы после начала терапии и способствует улучшению общего самочувствия пациентов [28].

Введение препаратов непосредственно в область патологического процесса обеспечивает высокую концентрацию активных веществ в очаге воспаления и минимальное системное воздействие на организм. Это особенно важно в лечении пациентов с сопутствующей патологией или сложным анамнезом [29]. По данным исследований, применение ушных капель, содержащих феназон и лидокаин, характеризуется благоприятным

профилем безопасности и хорошей переносимостью, что позволяет использовать их как у взрослых, так и у детей при отсутствии перфорации барабанной перепонки [30].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, представленные клинические случаи подтверждают клиническую целесообразность и безопасность использования комбинированных местных препаратов в терапии больных ОСО. Применение препарата лидокаин + феназон в составе комплексного лечения таких пациентов способствует эффективному купированию болевого синдрома, уменьшению воспалительных проявлений и улучшению общего состояния. Локальное воздействие на воспалительный процесс позволяет ускорить клиническое улучшение и повысить качество медицинской помощи пациентам.



Поступила / Received 16.03.2026

Поступила после рецензирования / Revised 30.03.2026

Принята в печать / Accepted 21.04.2026

Список литературы / References

- Карнеева ОВ, Юнусов АС, Гуров АВ, Поляков ДП, Рязанцев СВ, Гепне НА и др. *Отит средний острый: клинические рекомендации*. 2024. Режим доступа: <https://pediatrhelp.ru/klinicheskie-rekomendaczii/otorinolaringologiya/otit-srednij-ostrij-kr-2024>.
- Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131(3):e964–e999. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3488>.
- Venekamp RP, Damoiseaux RA, Schilder AG. Acute Otitis Media in Children. *Am Fam Physician*. 2017;95(2):109–110. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28084706>.
- Schilder AGM, Chonmaitree T, Cripps AW, Rosenfeld RM, Casselbrant ML, Haggard MP, Venekamp RP. Otitis media. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16063. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.63>.
- Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM et al. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;154(1 Suppl):S1–S41. <https://doi.org/10.1177/0194599815623467>.
- Rosenfeld RM, Tunkel DE, Schwartz SR, Anne S, Bishop CE, Chelius DC et al. Clinical Practice Guideline: Tympanostomy Tubes in Children (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;166(S1):S1–S55. <https://doi.org/10.1177/01945998211065662>.
- Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD000219. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000219.pub4>.
- Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, Kearney DH, Bhatnagar S, Shope TR et al. Shortened Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media in Young Children. *N Engl J Med*. 2016;375(25):2446–2456. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1606043>.
- Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Ashok Kumar K, Kramper M et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(S2):S1–S39. <https://doi.org/10.1177/0194599815572097>.
- Jaume F, Valls-Mateus M, Mullol J. Common cold and acute rhinosinusitis: Up-to-date management in 2020. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2020;20(7):28. <https://doi.org/10.1007/s11882-020-00917-5>.
- Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. *Laryngoscope*. 2003;113(10):1645–1657. <https://doi.org/10.1097/00005537-200310000-00004>.
- Gribben J, Salkeld L, Hoare S, Jones HF. The incidence of acute otitis media in New Zealand children under five years of age. *J Prim Health Care*. 2012;4(3):205–212. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22946068>.
- Rosenfeld RM. Acute otitis media clinical practice guidelines. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;25(5):421–427. <https://doi.org/10.1177/0194599813517083>.
- Haggard M. Otitis media: prospects for prevention. *Vaccine*. 2008;26(Suppl. 7):G20–G24. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2008.11.009>.
- Heikkinen T, Chonmaitree T. Importance of respiratory viruses in acute otitis media. *Clin Microbiol Rev*. 2003;16(2):230–241. <https://doi.org/10.1128/CMR.16.2.230-241.2003>.
- Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, Montico M, Vecchi Brumatti L, Bavcar A et al. Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS ONE*. 2012;7(4):e36226. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036226>.
- Bluestone CD, Klein JO. *Otitis media in infants and children*. 4th ed. Hamilton: BC Decker; 2007. 462 p. Available at: <https://catalog.hathitrust.org/Record/005677260>.
- Qureshi A, Lee Y, Belfield K, Birchall JP, Daniel M. Update on otitis media – prevention and treatment. *Infect Drug Resist*. 2014;7:15–24. <https://doi.org/10.2147/IDR.S39637>.
- Klein JO. The burden of otitis media. *Vaccine*. 2000;19(Suppl. 1):S2–S8. [https://doi.org/10.1016/S0264-410X\(00\)00271-1](https://doi.org/10.1016/S0264-410X(00)00271-1).
- Vergison A, Dagan R, Arguedas A, Bonhoeffer J, Cohen R, Dhooge I et al. Otitis media and its consequences: beyond the earache. *Lancet Infect Dis*. 2010;10(3):195–203. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70012-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70012-8).
- Leach AJ, Morris PS. The burden and outcome of respiratory tract infection in Australian and aboriginal children. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26(10):S4–S7. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e318154b238>.
- Chonmaitree T, Revai K, Grady JJ, Clos A, Patel JA, Nair S et al. Viral upper respiratory tract infection and otitis media complication in young children. *Clin Infect Dis*. 2008;46(6):815–823. <https://doi.org/10.1086/528685>.
- Marchisio P, Esposito S, Picca M, Baggi E, Terranova L, Orenti A et al.; Milan AOM Study Group. Prospective evaluation of the aetiology of acute otitis media with spontaneous tympanic membrane perforation. *Clin Microbiol Infect*. 2017;23(7):486.e1–486.e6. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2017.01.010>.
- Pelton SI, Leibovitz E. Recent advances in otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2009;28(10):S133–S137. <https://doi.org/10.1097/inf.0b013e3181b6d81a>.
- Schilder AGM, Lok W, Rovers MM. International perspectives on management of acute otitis media: a qualitative review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004;68(1):29–36. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2003.09.002>.
- Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, Limbos MA, Sutorp MJ, Shekelle PG et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children. *JAMA*. 2010;304(19):2161–2169. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1651>.
- Shaikh N, Hoberman A, Kaleida PH, Rockette HE, Kurs-Lasky M, Hoover H et al. Otolaryngologic signs of otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2011;30(10):822–826. <https://doi.org/10.1097/inf.0b013e31822e6637>.
- Кривопапов АА, Рязанцев СВ, Шамкина ПА. Эффективность топической терапии в лечении острого среднего отита у детей и профилактике тяжелых осложнений. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2019;3(8):38–42. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/pediatric/Effektivnosty_topicheskoy_terapii_v_lechenii_ostrogo_srednego_otita_u_detey_i_profilaktike_tyagelykh_oslozhneniy/.
- Krivopalov AA, Ryazantsev SV, Shamkina PA. Efficacy of topical drugs for acute otitis media and prevention of its severe complications in children. *RMJ. Medical Review*. 2019;3(8):38–42. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/pediatric/Effektivnosty_topicheskoy_terapii_v_lechenii_ostrogo_srednego_otita_u_detey_i_profilaktike_tyagelykh_oslozhneniy/.
- Карпова ЕП, Тулупов ДА, Емельянова МП, Наумов ОГ. Роль топической терапии острого среднего катарального отита у детей. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2023;3(3):127–134. <https://doi.org/10.26442/26586630.2023.3.202361>.

- Karpova EP, Tulupov DA, Emel'yanova MP, Naumov OG. Questions of systemic and topical antibacterial therapy of acute rhinosinusitis in a child. *Pediatrics. Consilium Medicum*. 2023;(3):127–134. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/26586630.2023.3.202361>.
30. Свистушкин ВМ, Никифорова ГН, Золотова АВ, Шевчик ЕА, Никифорова АН, Кочетков ПА. Оценка эффективности и переносимости применения комбинации лидокаин + феназон в местной терапии острого среднего

отита на доперфоративной стадии у взрослых. *Медицинский совет*. 2023;(19):24–32. <https://doi.org/10.21518/ms2023-351>.

Svistushkin VM, Nikiforova GN, Zolotova AV, Shevchik EA, Nikiforova AN, Kochetkov PA. Evaluation of the efficacy and tolerability of the combination of lidocaine + phenazone in the local therapy of acute otitis media at the doperforative stage in adults. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;(19):24–32. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-351>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад в написание статьи.

Contribution of authors:

The authors made equal contributions to the writing of the article.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Свистушкин Валерий Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; svistushkin_v_m@staff.sechenov.ru

Никифорова Галина Николаевна, д.м.н., профессор кафедры болезней уха, горла и носа Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; nikiforova_g_n@staff.sechenov.ru

Асеева Халимат Магомедсаидовна, аспирант кафедры болезней уха, горла и носа, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; khalimaasevova@mail.ru

Шустрова Анна Николаевна, аспирант кафедры болезней уха, горла и носа Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; james.ann@mail.ru

Синьков Эдуард Викторович, к.м.н., доцент кафедры болезней уха, горла и носа Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; sinkov_e_v@staff.sechenov.ru

Information about the authors:

Valeriy M. Svistushkin, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Ear, Throat and Nose Diseases of the N.V. Sklifosovsky, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; svistushkin_v_m@staff.sechenov.ru

Galina N. Nikiforova, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Ear, Throat and Nose Diseases of the N.V. Sklifosovsky, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; nikiforova_g_n@staff.sechenov.ru

Khalimat M. Asevova, Postgraduate Student of the Department of Ear, Throat and Nose Diseases, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; khalimaasevova@mail.ru

Anna N. Shustrova, Postgraduate Student of the Department of Ear, Throat and Nose Diseases of the N.V. Sklifosovsky, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; james.ann@mail.ru

Eduard V. Sinkov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Ear, Throat and Nose Diseases of the N.V. Sklifosovsky, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; sinkov_e_v@staff.sechenov.ru